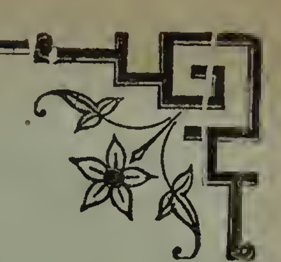



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 février 1903 à 1 heure

Par **Paul GASCHEAU**

Né à Rodez (Aveyron)

ÉTUDE

SUR LES

TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

Président : M. TILLAUX, *professeur.*

Juges : MM. PINARD, *professeur*
POTOCKI et LEGUEU, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

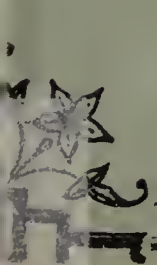
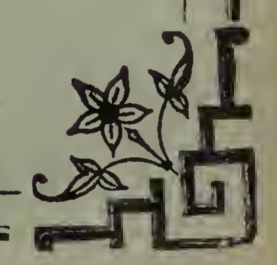
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1903


LIBRAIRIE
Lechevalier
Rue Racine

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 février 1903 à 1 heure

Par **Paul GASCHEAU**

Né à Rodez (Aveyron)

ÉTUDE

SUR LES

TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

Président : M. TILLAUX, *professeur.*

Juges : MM. PINARD, *professeur*
POTOCKI et LEGUEU, *agrégés.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1903

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.)	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DEGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef des trav. anat.)	
DUPRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

Les tumeurs solides de l'ovaire ont été longtemps regardées comme chose peu fréquente et depuis la thèse de Zembicki parue en 1874, nous trouvons relativement peu de travaux qui leur soient consacrés. Elles étaient considérées comme très graves et comme une sorte de *nolli me tangere.*

Cependant les observations de tumeurs solides de l'ovaire ne sont pas rares et depuis l'ère de l'asepsie, on peut dire que presque toutes les malades ne peuvent que bénéficier de l'ablation de ces tumeurs.

Nous nous attacherons donc à démontrer, que les ovaires sont souvent le siège de tumeurs solides, surtout de sarcomes, et que presque toujours, le chirurgien est autorisé à intervenir.

En arrivant au terme de nos études médicales nous avons à cœur de témoigner notre reconnaissance aux maîtres à qui nous devons nos connaissances cliniques.

A M. le Dr Barbier, médecin de l'hôpital Herold, qui a bien voulu nous faire profiter de son enseignement pendant toute une année.

A M. le Dr Bonnaire, accoucheur de l'hôpital Lariboisière, dont nous avons été l'externe pendant un an.

Que M. le professeur agrégé Lejars, chirurgien de

l'hôpital Tenon, veuille bien nous permettre de lui exprimer toute notre reconnaissance, pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant les trois ans où nous avons été son élève.

M. le Dr Sevestre, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Bretonneau, a bien voulu nous choisir, pour assurer, sous sa haute autorité, le service médical d'un des plus grands établissements d'enseignement de la ville de Paris, nous ne saurions trop l'en remercier et nous n'oublierons jamais que c'est aux soins éclairés et hardis de cet excellent maître, que nous devons d'avoir échappé aux conséquences d'une maladie infectieuse qui pardonne peu souvent.

Nous adressons nos remerciements aux maîtres dont nous avons été momentanément l'élève, MM. les Drs Reclus, Dreyfus-Brissac, Tuffier et Brindeau.

Nous exprimons toute notre gratitude à M. le professeur Tillaux pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

ÉTUDE

SUR LES

TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

Les tumeurs solides de l'ovaire ne sont pas rares si l'on comprend sous ce nom « toutes celles qui sont formées presque en totalité par une masse pleine plus ou moins bosselée, mais en tout cas, unie à la surface, ne présentant aucune végétation périphérique et aucune fusion avec les organes voisins ». (Dartigues, *In Revue de gyn. et chir. abdom.*, 1899).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomo-pathologique, on peut comprendre dans les tumeurs solides des ovaires :

1° des Fibromes.

2° des Fibro-myomes ou mieux des myomes.

3° des Sarcomes et fibro-sarcomes.

4° Quelques épithéliomas.

Dans certaines de ces tumeurs, on peut rencontrer des cavités kystiques, mais c'est toujours la partie solide qui domine et ces kystes sont généralement de petites dimensions.

On ne doit pas s'étonner, dit M. Cornil, de la présence de ces kystes : « En effet, à toutes les périodes de la vie, l'ovaire contient des kystes, soit microscopiques soit visibles à l'œil nu, les ovisacs et les diverses phases de leur accroissement, jusqu'aux vésicules de Graaf complètement développées et arrivées à maturité, puis les corps jaunes; il est donc tout naturel que les tumeurs solides de l'ovaire renferment des kystes et il y a lieu même de s'étonner que certaines de ces tumeurs n'en présentent aucune trace, comme cela a lieu parfois. » (Cornil).

Mais le plus souvent on a affaire à des lésions complexes.

Presque toujours un seul ovaire est atteint, les lésions siégeant indifféremment à droite ou à gauche.

Sur 38 cas observés par Zembicki (Th. Paris 1874), on trouve :

11 sarcomes.
10 tumeurs fibreuses et fibro-kystiques.
6 carcinomes.
3 tumeurs colloïdes.
5 adénomes kystiques.
3 cas dont la nature n'a pu être établie.
—
38

37 fois les lésions étaient unilatérales.

Sur 55 cas de Léopold, 35 fois un seul ovaire était atteint et l'on trouve :

1 ovaire pris : 1 enchondrome.
3 tumeurs ossifiées.
5 sarcomes.
13 carcinomes.
13 fibromes.
—
35

2 ovaires pris : 3 fibromes.
7 sarcomes.
10 carcinomes.
—
20

Dans la statistique de West qui porte sur 80 cas, 26 fois seulement les deux ovaires étaient malades.

Nous-même sur 25 cas que nous avons réunis, nous trouvons :

8 fibromes.
6 fibro-sarcomes.
10 sarcomes.
1 fibro-myome.
—
25

Ces tumeurs apparaissent le plus souvent dans les premières années de la vie fonctionnelle de la femme. Sur 35 cas de Léopold, 18 malades avaient moins de 25 ans : on en trouve 15 dans les 33 observations de Zembicki.

Le poids et le volume de ces tumeurs sont en rapports directs et on a vu des sarcomes pesant 80 livres (observ. 2).

Leur consistance est très variable ; en général elle est dure, mais une tumeur très dure peut être remplie de sang et inversement ; pour M. Guyon, il suffit qu'une tumeur soit mollasse, vasculaire, œdématiée pour provoquer une fausse fluctuation.

Leur vascularité est très grande et dans un cas, rapporté par Spigelberg « les vaisseaux recouvraient la tumeur comme un filet et il suffit d'une simple ponction pour qu'un gros cordon veineux vint faire hernie. » Cette vascularité présente donc un certain danger dans une opération. D'après Rokytansky la rotation du pédicule favoriserait beaucoup cette stase veineuse et produirait une vascularisation anormale.

En général, il y a peu d'adhérences ce qui pour Valdeyer est dû à la nature de l'épithélium de l'ovaire qui est cylindrique sans cils vibratiles et a tous les caractères d'une muqueuse. Or une séreuse peut contracter

des adhérences avec une autre séreuse mais non avec une muqueuse, l'épithélium, n'étant pas le même.

Le pédicule est généralement court et formé par le ligament propre de l'ovaire.

La trompe est le plus souvent hypertrophiée : tantôt elle est libre, tantôt elle fait corps avec la tumeur qui devient très vasculaire, quand celle-ci est tordue.

L'ovaire se porte généralement vers la paroi abdominale antérieure en refoulant l'intestin.

L'utérus peut dans certains cas être dévié, mais, signe très important, sa cavité n'est jamais agrandie. Quand il n'y a qu'un ovaire de pris, la généralisation est rare (3 fois sur 36 cas de Léopold) ; elle est au contraire presque de règle quand les deux ovaires sont atteints.

Les fibromes se voient surtout chez des femmes jeunes. D'après M. Pozzi les fibromes purs sont rares ; cependant sur les 25 cas que nous avons réunis, de tumeurs solides de l'ovaire, nous trouvons 7 cas de fibromes purs.

En général ils n'atteignent pas une grosse dimension, et ne dépassent guère le volume du poing, d'une orange, quelquefois d'une tête d'adulte.

Leur poids est variable. Picqué en a enlevé un de 4 kilogr. 800 (observation 23). Dagron cite un cas de fibrome pesant 10 kilogr. et Spiegelberg en a vu un de 30 kilogr., mais c'était un fibro-myome.

Ils envahissent le plus souvent un seul ovaire qui conserve en général sa configuration normale et s'hypertrophie seulement, restant uni, lisse mais étant quelquefois bosselé, parfois lobé.

Ils occupent en général dans l'abdomen une situation transversale, étant d'autant plus mobiles qu'ils sont plus haut situés, mais ils peuvent être pelviens et sont alors enclavés dans le cul-de-sac de Douglas.

Il est rare de voir ces tumeurs adhérer à l'intestin qui en général fuit devant elles, et quand il existe des adhérences elles sont le plus souvent épiploïques et sont quelquefois très épaisses et très vasculaires.

L'utérus est toujours indépendant mais repoussé souvent en avant et latéralement : la concomitance des fibromes de l'utérus et de l'ovaire a été souvent signalée (observation 1).

Leur pédicule est en général allongé, mince, peu résistant ; quelquefois il est court, charnu et peut même être inclus dans le ligament large, mais il est presque toujours indépendant de la trompe, contrairement à ce qui se passe dans les cas de kystes de l'ovaire.

Leur consistance est ferme et à la coupe, ils se présentent tout à fait pleins en général, mais dans certains cas on les trouve creusés de petites cavités kystiques dont certaines ont pour origine la dégénérescence ischémique due à une torsion pédiculaire.

Un signe qui les distingue des fibromes de l'utérus, c'est qu'ils ne sont pas circonscrits, et n'ont pas comme ces derniers de capsule conjonctive.

La dégénérescence sarcomateuse de ces fibromes a été plusieurs fois signalée, ainsi que leur ossification, leur calcification (observ. 14) ; ils peuvent aussi s'enflammer et suppurer.

Il n'est pas rare de voir coïncider des lésions annexielles.

L'ascite est très rare, ce qui est un important élément de diagnostic avec les fibro-sarcomes.

La généralisation est tout à fait exceptionnelle.

Les myomes ne sont pas rares : tantôt ils sont seuls, tantôt ils coïncident avec des tumeurs de même nature, développées sur l'utérus ou dans les ligaments larges.

Ils se forment aux dépens des fibres lisses contenues soit dans les ligaments ovariens, soit dans la couche centrale de l'ovaire (Cornil).

En général ils ne renferment pas de cavités kystiques.

Leur structure n'a rien de spécial ; ils ressemblent aux fibro-myomes utérins.

Les sarcomes sont plus fréquents que les fibromes.

Pour Kohn et Schrœder, on trouve, 1 sarcome pour 100 kystes de l'ovaire. Sur 15 tumeurs solides de l'ovaire, Heim trouve 7 sarcomes (*Ueber solide ovarialtumoren*).

Sur les 25 cas que nous avons réunis nous comptons 10 sarcomes.

C'est surtout à l'âge moyen de la vie qu'ils s'observent.

Il n'est pas rare de les voir se développer sur les deux ovaires, mais il y a alors toujours prédominance d'un côté.

Leur volume peut aller de celui d'une orange à celui d'une tête d'adulte et même plus : dans un cas rapporté par Clémens, la tumeur pesait 80 livres.

Généralement leur surface extérieure est uniforme, mais dans certains cas elle peut être bosselée.

Le plus souvent ils donnent l'idée d'une énorme hypertrophie de l'ovaire.

Leur couleur est généralement blanchâtre.

Leur situation est variable; tantôt ils sont pelviens et enclavés dans les culs-de-sac, surtout celui de Douglas, tantôt ils sont abdominaux.

Le plus souvent ils sont placés latéralement, restant indépendants de l'utérus et d'autant plus mobiles que l'ascite est plus développée.

Leur pédicule est formé soit par le ligament utéro-ovarien, soit par le bord supérieur du ligament large : il est en général sillonné par de grosses veines.

Les adhérences, intestinales ou épiploïques, sont moins rares que dans les cas de fibrome.

M. Cornil a décrit une péritonite sarcomateuse :

« Le développement des sarcomes de l'ovaire, dit-il, s'accompagne toujours, lorsqu'ils ont atteint un certain volume, d'inflammation du péritoine avec production de fausses membranes à la surface de l'ovaire et apparition d'ascite. C'est là un caractère qui les distingue des fibromes, dans lesquels on n'observe généralement pas d'ascite. » (Cornil)

Presque toujours on trouve dans ces sarcomes des cavités kystiques : les unes proviennent des anciens ovisacs, les autres prennent naissance dans le tissu néoplasique lui-même.

Dans tous ces sarcomes, il se forme dans la plupart des cas des foyers hémorrhagiques qui finissent par s'enkyster : les parties solides du sang se résorbent et

il en résulte une cavité kystique contenant du liquide séreux ou séro-sanguinolent.

Comme tous les sarcomes, ceux de l'ovaire peuvent se généraliser, surtout au foie, à l'estomac, au poumon, au sein, aux os.

Les épithéliomas sont encore plus rares que les fibromes. Ils comptent peu dans les différentes statistiques et dans les vingt-cinq cas que nous avons réunis nous n'en trouvons pas un seul.

Ils peuvent se voir chez les femmes jeunes, mais c'est habituellement après 50 ans qu'on les observe.

Les lésions sont souvent bilatérales.

La forme de l'ovaire est quelquefois conservée, mais le plus souvent la tumeur est irrégulièrement bosselée ou lobée.

Leur volume est en général celui du poing, d'une tête de fœtus, mais on en a vu de beaucoup plus gros et dans un cas de Golay, la tumeur pesait 8 kil. 500. Leur couleur est rouge, violacée.

Souvent lisses, sans adhérences, ils sont généralement mobiles et leur pédicule n'est pas toujours très volumineux pour une grosse tumeur.

Leur consistance est dure, quelquefois élastique. La tumeur est tantôt pleine, ayant à la coupe un aspect blanc, lardacé, tantôt elle contient des petits kystes cloisonnés.

Les épithéliomas diffèrent totalement des kystes proligères ou épithéliomas mucoïdes de Malassez. « Ces kystes, dit M. Cornil, résultent bien du développement anormal et de la végétation d'une muqueuse ; ils peu-

vent renfermer des portions charnues végétantes, bourgeonnantes qui font saillie dans les grands ou petits kystes et qui proéminent souvent sur la paroi externe de la tumeur, du côté du péritoine.

Mais ces kystes ne sont jamais complètement solides et ils diffèrent des tumeurs solides épithéliomateuses par leur marche et leur pronostic. Ces kystes sont, la plupart du temps, des tumeurs congénitales ; ils se développent souvent à la fois dans les deux ovaires et mettent un temps très long, 20, 30 ans, à évoluer. Ils récidivent rarement après ablation. »

Par leur marche clinique les épithéliomas solides sont de véritables cancers, mais qui évoluent beaucoup plus rapidement : la malade meurt au bout d'un ou deux ans.

Toujours ils s'accompagnent d'ascite, souvent hématique.

En général, on a affaire à des épithéliomas tubulés.

Dans ces sortes de tumeurs, les cellules épithéliales subissent des modifications.

« On rencontre en effet dans ces productions, des formes cellulaires, ayant toutes les apparences de ce que certains auteurs ont regardé commme les coccidies ou les protozoaires, parasites du cancer. »

M. Cornil pense qu'on peut très bien expliquer ces modifications cellulaires, par la simple transformation des éléments.

« Dans certains cas, il s'agit de simples transformations muqueuses ou colloïdes : dans d'autres, les figures très compliquées que l'on observe, ne sont que le

résultat de divisions indirectes qui ont évolué pour ainsi dire anormalement (Cornil), (observ. 9).

Au point de vüe purement histologique, on distingue dans les épithéliomas, le squirrhe et l'encéphaloïde.

Le *squirrhe* à prédominance de travées conjonctives, est pour M. Cornil un épithélioma tubulé avec membrane périphérique, albuginée, épaisse.

L'*encéphaloïde* est à prédominance épithéliale. C'est un épithélioma de l'épithélium germinatif.

La torsion du pédicule est rare, mais peut s'observer sans entraîner des phénomènes de nécrose.

Ils peuvent se généraliser aux ganglions lombaires, rénaux, iliaques et cruraux, aux trompes, à l'utérus, au péritoine et aux autres organes.

Après des laparotomies, on a vu se produire des greffes cancéreuses au niveau de la plaie abdominale.

SYMPTOMES

On peut les diviser en deux groupes : ceux qui sont communs à toutes les variétés de tumeurs de l'ovaire et ceux qui sont propres à chaque tumeur en particulier.

1° Ceux du premier groupe revêtent un type assez uniforme :

Le début est généralement obscur : les malades se plaignent de douleurs dans l'aine, au pubis avec irradiations sourdes ou lancinantes.

Ces douleurs sont d'abord passagères et ce n'est que plus tard que surviennent de véritables névralgies par compression des plexus nerveux, névralgies qui sont surtout accusées dans les cas de tumeur vraiment maligne.

Les règles deviennent irrégulières, elles disparaissent pour réapparaître au bout d'un temps plus ou moins long.

En même temps le ventre se développe : dans certains cas ce développement est lent, progressif, ce qui fait croire à la femme qu'elle est enceinte, mais en général l'accroissement se fait d'une façon rapide grâce à la production d'une ascite symptomatique qui souvent masque la tumeur.

L'inspection donne peu de renseignements ; c'est le tableau de l'ascite en général : les parois abdominales sont infiltrées et parcourues par une circulation veineuse anormale, les membres sont œdématiés ; cependant si l'épanchement est peu abondant, on peut sentir une tumeur plus prononcée d'un côté que de l'autre.

Le palper donne ou non la sensation de flot qui existe dans presque tous les cas, même quand la tumeur est minime. Gusserow, cité dans Virchow (Archiv. 1868) rapporte un cas de dégénérescence papillomateuse des deux ovaires, où le liquide était énorme et cependant on n'avait pas senti de tumeur au moment de la paracenthèse exploratrice.

La production de cette ascite est assez difficile à expliquer car d'une part, il n'y a pas de péritonite chronique, sauf dans les cas de péritonite sarcomateuse décrite par Cornil, et de l'autre, quand la tumeur est petite, il n'y a pas de compression veineuse.

L'épanchement est en général de la sérosité citrine ; il est d'autant plus grave que son augmentation est plus rapide, mais de sa présence on ne doit pas nécessairement conclure à l'existence d'une tumeur maligne.

Quand l'ascite est très abondante, le ventre est très distendu et il est à peu près impossible de rien sentir, sinon on peut recueillir des indications sur le siège, la forme, le volume, la consistance et les rapports de la tumeur.

Celle-ci se trouve souvent dans une des fosses iliaques et conserve longtemps la forme primitive de

l'ovaire : sa consistance est dure sauf dans les cas de fausse fluctuation.

Mobile au début, on peut imprimer à la tumeur une sorte de ballottement : quelquefois elle est très douloureuse à la pression.

Les ganglions inguinaux et iliaques peuvent être engorgés.

Le *toucher vaginal* ne donne rien quand la tumeur se trouve dans le grand bassin.

En général cependant, on sent une déviation latérale du col de l'utérus dans le sens opposé à la tumeur.

Il n'y a pas d'hypertrophie du col ni du corps de l'utérus.

Le palper et le toucher combinés font reconnaître les rapports entre la tumeur et l'utérus.

A l'auscultation on perçoit quelquefois un souffle qui peut faire prédire une grande vascularité de la tumeur.

Les troubles fonctionnels sont surtout accusés quand il y a compression des plexus nerveux donnant lieu à des névralgies rebelles et atrocement douloureuses.

Mais quelquefois les femmes éprouvent seulement une sensation de pesanteur dans l'abdomen. Dans une observation de Clémens, citée dans la thèse de Zembicki, une femme porta une tumeur de 80 livres pendant plus de dix ans sans éprouver la moindre gêne. Ces cas sont exceptionnels et le plus souvent les malades deviennent dyspnéiques, ont des palpitations, des vomissements, des signes d'obstruction intestinale, des accidents urémiques, des troubles du côté de la miction consistant en

incontinence ou en rétention d'urine : ces dernières ne contiennent pas en général d'albumine.

La fièvre n'apparaît que tard et revêt tous les caractères de la fièvre hectique avec sueurs nocturnes et exaspérations vespérales.

Les fonctions respiratoires finissent par être troublées; il se produit des épanchements dans la plèvre et dans le péricarde.

L'amaigrissement devient extrême, contrastant singulièrement avec l'infiltration toujours croissante des extrémités.

Finalement les malades tombent dans le marasme, la cachexie et meurent.

2° Dans le deuxième groupe de symptômes nous passerons successivement en revue ceux qui se rapportent spécialement aux fibromes, aux sarcomes et aux épithéliomes.

Les fibromes ont un début généralement latent et c'est souvent fortuitement que la tumeur est découverte.

Quelquefois l'attention est attirée par l'ascite, mais lorsque ce symptôme manque, la tumeur peut rester inaperçue, ou n'être découverte que par hasard (Pozzi).

Dans certains cas les règles sont supprimées et cette absence menstruelle, de quelque durée, fait penser à une grossesse. Parfois cette suppression des règles est remplacée par une période de métrorrhagies, plus ou moins longue.

Les malades se plaignent de douleurs annexielles ou hypogastriques et on s'aperçoit enfin de l'existence

d'une tumeur qu'on prend souvent pour une grossesse au début ou pour une tumeur différente, un kyste en général.

Dans un cas cité par Bourgoin, le début de la maladie fut seulement marqué par des troubles de la miction.

La tumeur est généralement peu volumineuse quand on s'aperçoit de son existence : son volume est alors celui d'une noix ou d'une mandarine ; sa forme est ovalaire ou arrondie, sa surface est lisse.

Située généralement sur les côtés de l'utérus, elle est quelquefois prolabée dans le cul-de-sac de Douglas.

En général la tumeur n'est pas douloureuse. D'une façon générale les fibromes de l'ovaire ne produisent pas de perturbation bien marquée dans la fonction cataméniale.

Dans certains cas les règles restent normales, dans d'autres les femmes ont des pertes métrorrhagiques ; enfin, quelquefois, les règles sont supprimées : cette suppression survient souvent en même temps que la tumeur apparaît, mais elle peut aussi survenir à des époques variables pendant l'évolution de la tumeur et correspond alors à une poussée de croissance de celle-ci.

Les troubles de compression sur les nerfs sont très variables : tantôt les malades n'accusent aucune douleur, tantôt celle-ci apparaît seulement au début, puis disparaît, tantôt elle accompagne toutes les étapes de la marche de la tumeur.

Les vaisseaux sont rarement comprimés à moins que l'ascite ne soit très considérable et il est rare de voir

une circulation veineuse collatérale s'établir dans la paroi abdominale.

Les malades finissent par maigrir, elles ont de la dyspnée, marchent péniblement et tombent à la fin dans l'état cachectique.

Les sarcomes ont eux aussi une évolution qui peut rester longtemps latente, et les douleurs en sont souvent les premières manifestations.

L'ascite est presque de règle dans ces sortes de tumeur mais elle peut manquer ; les métrorrhagies sont plus fréquentes que dans les fibromes, mais presque toujours le premier signe de l'évolution de la tumeur est l'augmentation de volume du ventre accompagnée d'un amaigrissement précoce.

Les signes généraux et physiques sont sensiblement les mêmes que ceux des fibromes.

Leur évolution est lente, mais quand elle sort de cette phase calme, elle devient accélérée et sa marche devient alors très rapide.

On a vu cependant de ces tumeurs durer plusieurs années, mais leur évolution est hâtée par la coïncidence d'une grossesse.

La généralisation n'est pas très fréquente et la récidive est moins à craindre que dans les épithéliomas.

Les épithéliomas peuvent très bien évoluer pendant plusieurs années sans altérer notablement la santé et avant d'être inopérables.

Ils ne sont pas toujours accompagnés d'ascite et M. Legueu a rapporté l'observation d'une femme de 53 ans

dont le cancer évoluait depuis trois ans et il n'y avait pas d'ascite.

Les troubles menstruels n'ont pas une grande valeur car les épithéliomas se déclarent en général chez des femmes ayant atteint la ménopause.

Un signe presque constant est une anorexie surtout marquée pour la viande.

A la période finale on note des compressions de vaisseaux et de viscères et les malades finissent par succomber à une maladie intercurrente, pleurésie, péricardite, occlusion intestinale, embolie.

ÉVOLUTION

L'évolution de ces tumeurs se fait en un, deux ans, quelquefois plus et la durée est d'autant plus courte que la tumeur se développe plus rapidement.

D'après leur évolution on peut ramener à trois formes la marche de ces tumeurs.

Une forme *rapide* qui dure de trois mois à deux ans et se voit surtout chez les femmes jeunes, avant vingt-cinq ans. Cette forme s'accompagne le plus souvent d'une ascite abondante et précoce et d'un mauvais état général.

Une forme *lente* qui va de deux à dix ans et se voit chez les femmes âgées de trente à cinquante ans. Il y a peu d'ascite et la santé reste pendant longtemps relativement bonne.

C'est à cette forme que se rattachent surtout les fibromes.

Une forme *rare* dans laquelle on trouve peu d'ascite, peu de troubles de l'économie et dans laquelle cependant la tumeur peut être très maligne.

COMPLICATIONS

Les complications ne sont pas rares.

Tout d'abord c'est la production d'un cancer secondaire. M. Bucquoy a cité un cas de mort subite par lésion secondaire du cœur.

En général les malades succombent à une péritonite, à une occlusion intestinale, à une plegmatia alba dolens.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif se fait tout d'abord à l'aide du palper qui donne la sensation que l'on a affaire à une tumeur dure, mobile, indépendante de l'utérus.

Un signe capital est la grandeur de la cavité utérine qui reste toujours normale dans les cas de tumeur de l'ovaire.

Au début on devra toujours penser à la possibilité d'une grossesse concomitante.

On éliminera ensuite le cancer de l'utérus et surtout les polypes sous-péritonéaux pédiculés.

Le seul traitement possible est l'ablation de la tumeur qui réussit toujours dans les cas de fibrome : La récidive est presque fatale quand on a affaire à un épithélioma.

Doit-on toujours opérer ? Evidemment non.

Quand l'état général de la malade est bon, que les troubles fonctionnels sont peu accusés, qu'une paracenthèse a donné issue à un liquide, citrin, clair, et qu'on croit trouver un fibrome ou un sarcome il faut opérer.

Mais si l'on se trouve en présence d'une femme cachectique dont la tumeur a grossi rapidement et a été accompagnée d'un amaigrissement précoce, si une

ponction a donné issue à un liquide sanglant, il faudra agir avec beaucoup de prudence, car si l'on a affaire à un épithélioma il y a de grandes chances pour que la récidive se fasse sur place et emporte la malade en quelques jours.

La voie abdominale doit toujours être choisie.

On peut bien extraire de ces tumeurs par la voie vaginale (observ. 14) mais outre qu'avant d'opérer il est souvent difficile de se rendre compte exactement du volume de la tumeur, on peut s'exposer à n'en enlever qu'une partie.

De plus les tumeurs de l'ovaire sont très souvent haut situées, et par là, difficilement accessible par le vagin.

C'est donc à la laparotomie que l'on doit avoir recours.

Celle-ci pratiquée, on devra immédiatement rechercher l'utérus, car on peut facilement prendre une tumeur ovarienne pour un fibrome utérin.

L'utérus étant reconnu sain, on explorera les ovaires.

Deux cas peuvent se présenter : ou bien la tumeur est libre, non adhérente, pédiculée, ou bien elle est incluse dans le ligament large.

Dans le premier cas on pratiquera l'ablation de la tumeur comme s'il s'agissait d'un simple kyste de l'ovaire : on sectionnera le pédicule et après l'avoir touché au thermo-cautère, on l'encapuchonnera par une suture en bourse que l'on s'efforcera de recouvrir par le feuillet péritonéal.

Dans les cas d'inclusion dans le ligament large, la trompe fait en général partie de la tumeur et on est dans l'obligation d'enlever toutes les annexes d'un côté en sectionnant le ligament large et la trompe au ras de l'utérus, après avoir fait basculer la tumeur.

L'ablation terminée, le mieux sera de reconstituer le ligament large par un surjet au catgut, de façon que toute la surface saignante soit recouverte par le péritoine.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

(Ann. de Gyn., 1899. Segond).
Tumeur solide de l'ovaire avec fibromes utérins.

Femme âgée de 57 ans, ayant eu trois grossesses à terme, sans complications, à 22, 25 et 33 ans.

Jusqu'à 40 ans, elle eut des règles abondantes, en caillots.

La ménopause arriva à 47 ans.

A l'âge de 52 ans (c'est-à-dire il y a cinq ans), les pertes hémorrhagiques font leur réapparition : sang rouge avec caillots, sans odeur.

Depuis cette époque, ces hémorrhagies apparaissent irrégulièrement, durant longtemps, mais cessant aussi pendant deux ou trois mois.

A 56 ans, elle sent qu'elle porte une grosseur dans le côté droit.

Il y a cinq mois, elle eut une perte très abondante qui dura huit jours, et depuis elle est constipée, et a un peu maigri.

Elle ne ressent aucune douleur abdominale ; son état général est bon.

A l'inspection, on reconnaît un ventre volumineux, n'ayant ni œdème, ni circulation collatérale : il n'y a pas de varices aux membres inférieurs.

La *percussion* et la *palpation* ne font pas reconnaître d'épanchement, mais on sent une tumeur lisse, arrondie, dure, un peu mobile dans le sens transversal, remontant à l'ombilic et semblant reposer en grande partie dans la fosse iliaque droite.

Au milieu de l'hypogastre, surtout à gauche, on sent une deuxième tumeur, remontant moins haut qu'à droite, et moins mobile.

Il n'y a pas de sillon de démarcation entre les deux saillies droite et gauche.

On peut penser à une unique tumeur multilobulée, et à lobe plus volumineux à droite.

Le col utérin est repoussé derrière le pubis, un peu à droite.

Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur plus grosse que le poing, lisse et dure.

L'*hystérectomie abdominale* est pratiquée par M. Segond.

On trouve une masse formée de deux parties : l'utérus et l'ovaire gauche.

L'ensemble de la tumeur pesait 3 kil. 300 grammes.

L'examen histologique montre que l'on avait affaire à un néoplasme malin de l'ovaire, coïncidant avec des fibromes utérins.

OBSERVATION 2

(Clemens in Deutsche Klinick, 1893).

Une femme de 45 ans, porte dans le ventre une tumeur depuis dix ans.

Cette tumeur s'est développée par saccades, mais dès la première année, elle était du volume d'un utérus à terme.

Les règles sont irrégulières.

La malade souffre continuellement.

Une ponction donne issue à de la sérosité mélangée à du sang.

Mort six semaines après.

Autopsie. — On trouve un sarcome de l'ovaire gauche pesant 80 livres, plus 8 livres de sérosité.

OBSERVATION 3

(Ann. de Gynécologie. 1897).
Sarcome des ovaires.

Femme de 26 ans ayant toujours été mal réglée.

Huit mois avant de consulter elle s'est aperçue de l'existence dans le bas-ventre de deux petites tumeurs grosses comme un œuf de poule.

Sa mère avait été opérée à 37 ans d'un polype fibreux de l'utérus.

A *l'inspection*, on voit un abdomen tendu, augmenté de volume, mesurant 90 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic.

Dans le côté gauche on sent une tumeur ovale et dans le côté droit une tumeur arrondie : toutes les deux sont solides, inégales et peu mobiles.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, l'ascite commence à augmenter, provoquant des accès d'étouffements, surtout le soir, accompagnés de douleurs dans le ventre.

La température oscille entre 36°8 et 38°3.

Laparotomie — On trouve un péritoine épaissi, chroniquement enflammé.

On tombe sur une tumeur de l'ovaire gauche de la grosseur d'une tête d'adulte, à pédicule court et large.

A droite, on trouve une tumeur de l'ovaire droit de mêmes dimensions mais sans pédicule et avec des adhérences aux parties voisines.

Quelques jours plus tard la malade se plaint de douleurs dans l'aîne droite où l'on sent une légère matité. Le ventre est météorisé : la malade a des vomissements fécaloïdes.

Une *deuxième laparotomie* donne issue à un flot de liquide anmiotique.

On tombe sur de nombreuses et solides adhérences reliant la paroi abdominale, les anses intestinales et la vessie.

De petites saillies grosses comme des lentilles sont disséminées dans toute la cavité abdominale et à la surface de l'intestin.

Comme on ne peut détruire toutes ces adhérences et qu'on n'est pas sûr de la perméabilité de l'intestin, on fait un anus contre nature. Mort le lendemain au soir.

OBSERVATION 4

(Potherat, in th. Jouin. 1898).
Tumeur fibro-kystique de l'ovaire gauche.

Femme de 42 ans, entrée dans le service de M. Potherat le 9 décembre 1896, opérée le 11, sortie le 20 février 1897.

La malade se présente avec une volumineuse tumeur qui occupe le flanc gauche et empiète sur la ligne médiane.

Au palper, cette tumeur offre tous les caractères d'une tumeur

bosselée, dure, avec par places une sensation de ramollissement et de fluctuation.

Il est facile de reconnaître qu'il existe un épanchement ascitique assez considérable dans lequel baigne toute la masse.

Au toucher on trouve la tumeur énorme dans le cul-de-sac gauche et présentant une consistance plutôt fluctuante : l'utérus est petit et peu mobile.

La malade souffre atrocement jour et nuit de douleurs qui s'irradient dans tout le ventre, mais surtout à gauche du côté de la tumeur.

De plus, le ventre grossit rapidement et la malade maigrit.

Les règles sont régulières mais ont diminué en durée et en quantité : dans l'intervalle la malade a quelques pertes blanches.

On conclut à une tumeur fibro-kystique de l'ovaire.

Laparotomie. — A l'ouverture du péritoine il s'échappe du ventre un flot de liquide sanguinolent : c'est l'ascite colorée par le sang qui s'échappe de la tumeur très vasculaire.

Devant l'impossibilité de faire l'hémostase on extrait rapidement la tumeur très friable, qui vient en bouillie. La plus grande partie étant enlevée, l'hémorrhagie s'arrête un peu.

L'opération est rapidement terminée : on laisse un drainage à la Mickulicz.

Les suites sont assez bonnes. La malade très affaiblie se remonte un peu, puis quitte l'hôpital, porteur d'une fistule de la paroi abdominale.

La plaie ne s'étant refermée qu'incomplètement, à sa sortie on constate une récidive de la tumeur sur place, d'un volume plus considérable qu'à son entrée avec ascite et œdème des jambes.

OBSERVATION 5

(Marzolo Gazetta medica. Veneta 1872).
Fibro-sarcome de l'ovaire.

Femme âgée de 24 ans.

Réglée à 16 ans, mariée à 17, elle accouche d'un enfant bien portant un an après.

Quatre mois après ses couches, elle vit ses époques manquer et ne plus reparaître pendant deux ans.

Des douleurs se manifestèrent dans la région inguinale droite et dans les lombes et bientôt après apparut une tumeur.

Celle-ci occupe toute la région inférieure de l'abdomen et il est facile de la faire mouvoir librement. Sa consistance est dure sa forme sphérique et bosselée ; elle est sensible à la pression.

L'utérus normal au toucher semble tout à fait indépendant de la tumeur.

Le ventre mesure 80 centimètres de circonférence.

L'état général est médiocre ; la femme paraît vieillie. Elle dépérit tous les jours.

L'ovariotomie est pratiquée six mois après l'apparition du néoplasme.

A l'ouverture du péritoine il s'écoule du liquide ascitique, quelques adhérences existent entre la paroi et le péritoine : une ponction de la tumeur donne issue à de la sérosité et à un peu de sang.

Le volume de la tumeur reste irréductible.

Le pédicule est large de 0,07 centimètres et constitué par le ligament large droit et une partie du gauche.

On met un clamp sur ce pédicule et on enlève la tumeur.

Cette tumeur pesait 1445 grammes. Ses dimensions étaient 19 cm. de long sur 17 de large et 9 d'épaisseur.

L'examen microscopique démontra qu'on avait affaire à un fibro-sarcome.

La malade guérit sans complications.

OBSERVATION 6

(Routier. Médecine mod., 1891).
Sarcome de l'ovaire. Grossesse gémellaire consécutive.

Femme de 36 ans, ayant eu trois accouchements normaux, le dernier il y a 13 ans.

Il y a sept ans plusieurs mois de suite et à plusieurs reprises, sans troubles menstruels la malade se plaignit de douleurs dans le bas-ventre et le périnée ; mais tout disparut bientôt sans traitement.

Il y a quatre ans, le ventre gonfle, on note de l'ascite : on prescrit alors le régime lacté, des diurétiques et tout disparaît.

Il y a deux ans, la malade a un retard de deux mois dans ses époques, puis une perte de sang abondante avec caillots : une adénite apparaît dans les deux aines ; le ventre se développe peu à peu.

Actuellement l'abdomen est gros, asymétrique : la paroi est soulevée par une tumeur débordant la ligne médiane, surtout vers la droite et remontant à cinq travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

On sent une tumeur lisse, unie,résistante, mate à la percussion, donnant l'impression d'une fluctuation obscure. La matité

se prolonge à droite et se confond avec celle du foie : le flanc gauche est sonore quelle que soit la position donnée. L'utérus est de volume normal, mou, ne se déplaçant pas avec la tumeur.

Les culs-de-sac sont libres : au toucher on sent l'ovaire gauche mais il est impossible d'atteindre le droit.

La Laparotomie est pratiquée le 11 octobre.

L'épiploon adhère à la tumeur : il est lié et séparé de ses adhérences et rejeté en haut.

La tumeur se fusionne avec la paroi antérieure à gauche et on doit réséquer une partie du péritoine pariétal.

A droite un rideau pseudo-membraneux rattache la tumeur à l'intestin.

Libération des adhérences. Extraction.

On avait affaire à l'ovaire droit dégénéré qui tenait à l'utérus par un pédicule épais et charnu.

La tumeur a la forme d'un haricot (27 centim. sur 19). Sa mollesse est expliquée par de nombreux kystes qu'elle renfermait, dont plusieurs contenaient des masses caséeuses semblables à un épididyme tuberculeux.

Suites simples.

Le 30 juillet suivant elle fait savoir qu'elle est enceinte et le 16 novembre elle accouche de deux jumeaux : une fille vivante et un garçon mort-né qui s'est présenté par le siège avec un circulaire.

OBSERVATION 7

(Picqué, in th. Bourgoin 1894).
Sarcome kystique de l'ovaire.

Femme de 29 ans, entrée dans le service de M. Picqué le 14 mai 1891.

Pas d'antécédents héréditaires.

Réglée à 15 ans, l'a toujours été irrégulièrement.

Mariée à 23 ans, a eu deux enfants venus à terme et dont les accouchements ont été normaux et a fait deux fausses couches, la dernière il y a cinq ans.

Il y a trois ans, elle a eu des métrorrhagies qui ont duré deux mois sans interruption et qui l'ont jetée dans un état d'affaiblissement et d'amaigrissement extrême.

Les quatre mois qui suivent, la malade va un peu mieux, les pertes sont moins fréquentes et moins abondantes.

Quelques semaines après ces premiers accidents, le ventre avait augmenté de volume et depuis, cet accroissement s'est poursuivi d'une manière lente et progressive.

Depuis quelques mois la malade perd peu de sang, a repris un peu d'embonpoint mais est faible et sa peau a pris une teinte jaune paille très marquée.

Pas de troubles digestifs.

L'abdomen est augmenté de volume.

Au palper, on sent une tumeur dure, lisse, volumineuse, mobile, indolente.

Au toucher, l'utérus paraît normal, les culs-de-sac sont libres.

La tumeur paraît dépendre de l'utérus.

Peu de troubles fonctionnels consistant en tiraillements dans la région hypogastrique avec irradiations lombaires et inguino-crurales.

On porte le diagnostic de fibro-myome.

Laparotomie. — On tombe sur une vaste tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, reliée à l'utérus par un pédicule peu épais constitué par la trompe gauche.

Ligature et ablation.

A la coupe, les parois de la tumeur sont épaisses, constituées par un réseau dont les mailles forment autant de kystes distincts à demi remplis de liquide jaunâtre. Les travées du réseau sont épaisses, friables, très irrégulières.

A la partie centrale de la tumeur, on voit deux poches remplies d'un liquide visqueux, jaunâtre, et d'un peu de sang. Ces poches sont réunies par un trajet étroit.

OBSERVATION 8

(Olshausen, in Billroth Handb. den Frauen Kranheiten, p. 424).
Sarcome de l'ovaire.

Une femme de 27 ans voit des troubles menstruels coïncider avec la production d'une tumeur abdominale qui s'accroît rapidement, et au bout d'un an est dure, sphérique, du volume d'un utérus gravide de sept mois.

La tumeur est située plus à droite qu'à gauche, a la consistance d'un fibrome et jouit d'une grande mobilité latérale. La circonférence du ventre au-dessous de l'ombilic est de 87 centimètres.

On note une petite quantité d'ascite.

Au toucher, on atteint difficilement la tumeur : la cavité du bassin est libre, l'utérus en rétroversion ; les mouvements de latéralité imprimés à la tumeur ne se communiquent pas à l'utérus.

Laparotomie. — Il s'écoule un liquide ascitique abondant.

Il y a peu d'adhérences, sauf à la partie supérieure de la tumeur avec l'épiploon.

Le pédicule est d'une longueur moyenne.

L'autre ovaire, le gauche, qui avait un volume quatre fois plus grand qu'à l'état normal présentait une dégénérescence kystique et fut également enlevé en laissant la trompe.

Il n'y avait qu'un seul kyste.

La tumeur était presque complètement solide, ne présentait à la coupe que des kystes du volume d'une petite pomme. Ces kystes étaient des kystes de ramollissement. La partie postérieure de la tumeur était un peu aplatie.

Le pédicule avait la même conformation que celui d'un kyste de l'ovaire.

L'examen microscopique montra que la tumeur avait la structure d'un sarcome à cellules fusiformes avec quelques cellules rondes.

OBSERVATION 9

(Ann. de Gynécologie, 1896). Parasites dans le cancer de l'ovaire.

Des parasites ont été recherchés par Mileer dans une tumeur de l'ovaire enlevée par le professeur Krassvosky.

Il s'agissait d'une femme de 47 ans qui présentait, au moment de l'opération, d'autres tumeurs semblables.

Peu après survint la généralisation du cancer. Microscopiquement c'était un épithélioma encéphaloïde.

Après fixation par l'alcool et inclusion dans la paraffine, des fragments de la tumeur ont été coupés, collés sur des lames à l'aide d'eau distillée et colorés par la méthode d'Ehrlich.

Les cellules épithéliales à peine adhérentes entre elles sont presque toutes uninucléaires, quelques-unes présentent deux ou trois noyaux.

Dans chaque noyau se trouvent un, plusieurs ou un grand nombre de corpuscules ressemblant à des nucléoles ; parfois ces corpuscules existent aussi dans le protoplasma cellulaire.

Ces corpuscules sont en général arrondis, de grosseur très diverse, rarement de forme irrégulière, comme amœboïde.

On voit d'ailleurs des cellules vacuolisées dont les vacuoles contiennent des corpuscules pareils mais entourés d'une couche de protoplasma homogène.

Enfin on rencontre de ces corpuscules entourés d'une couche homogène, libres au milieu des cellules.

D'une manière générale, plus les corpuscules sont grands, moins net est le noyau de la cellule et plus avancée la vacuolisation, comme si la formation et l'accroissement des corpuscules entraînaient la destruction des cellules. Il n'est pas douteux que les kystes pleins ou vides, appartiennent à un même parasite, protozoaire.

Quant aux relations entre ce parasite et les corpuscules intra-cellulaires, quant à leurs relations étiologiques avec le cancer, il serait prématuré de rien affirmer.

OBSERVATION 10

(Perrier, in th. Bourgoin).
Fibromyome pur de l'ovaire.

Femme âgée de 25 ans, entrée à l'hôpital Lariboisière le 25 juin 1891.

Réglée à 15 ans, l'a toujours été régulièrement et a toujours joui d'une santé excellente.

Mariée à 28 ans, elle n'a jamais eu d'enfant ni fait de fausse couche.

Le début de la maladie remonte au mois d'août 1890.

La malade est prise à ce moment là de violentes douleurs hypogastriques qui persistent pendant quelques jours puis disparaissent, et en même temps elle s'aperçoit que son ventre grossit.

Pendant cinq mois elle ne consulte pas, elle souffrait à peine, mais l'abdomen continuait à augmenter de volume, les menstruations étaient d'une abondance excessive et duraient plusieurs jours, mais la malade n'avait jamais de métrorrhagies dans l'intervalle de ses époques.

Cinq mois après le début des accidents, elle consulte un médecin qui la croit enceinte.

Quatre mois plus tard elle s'adresse à un autre médecin qui lui trouve un fibrome et lui conseille d'aller consulter à Paris.

A son entrée dans le service, la malade ne souffre pas quand elle est couchée, mais elle ressent des douleurs assez vives toutes les fois qu'elle veut marcher : elle est obligée de garder un repos absolu.

Elle a beaucoup maigri depuis un an, mais ses forces sont relativement bonnes, les fonctions du tube digestif sont normales, le faciès est bon.

Les règles sont régulières mais un peu exagérées, moins cependant que dans les trois ou quatre premiers mois.

Pas de vomissements.

L'abdomen est volumineux, saillant en avant, les flancs sont effacés, sonores.

A la palpation, on sent une vaste tumeur, unie, dure, donnant à la percussion une matité absolue.

Au premier examen on pense à un kyste de l'ovaire, mais la

consistance de la tumeur, l'absence de fluctuation bien franche, l'absence de sensation de flot éveillent des doutes.

Néanmoins, M. Perrier porte le diagnostic de kyste multiloculaire de l'ovaire.

Au toucher, l'axe utérin est normal, les culs-de-sac sont intacts, il n'y a pas de métrite. La tumeur paraît être indépendante de l'utérus

Il y a une légère fréquence de la miction.

La malade affirme n'avoir jamais eu de métrorrhagies dans l'intervalle de ses règles.

Laparotomie le 17 juillet 1891.

Les parois abdominales sont très vasculaires et saignent beaucoup.

On arrive sur la tumeur qui est recouverte en avant et sur les côtés par le grand épiploon, lui-même très vasculaire et qui adhère fortement au néoplasme en trois points : on dirait des pédicules.

Hémostase difficile ; l'épiploon détaché, la tumeur apparaît avec une surface irrégulière, bosselée, jaunâtre, de consistance fibreuse.

Ligature et ablation.

Après l'extirpation de la tumeur, les parois abdominales saignent abondamment et l'hémostase est longue et difficile.

Surjet des plans musculo-aponévrotiques.

Réunion de la peau.

L'examen fait reconnaître un fibro-myome pur de l'ovaire.

OBSERVATION 11

(Service de M. Pozzi).

Femme de 38 ans, réglée irrégulièrement depuis l'âge de 16 ans.

Elle a eu deux grossesses à 24 et 26 ans.

A 29 ans, elle a fait une fausse couche de cinq mois.

Depuis cette époque elle a constamment ressenti dans la fosse iliaque gauche une gêne, une pesanteur accompagnée de douleurs avec irradiations dans les cuisses.

Les règles sont devenues plus abondantes et douloureuses et sont suivies de leucorrhée.

Il y a cinq ans, le ventre augmente de volume et cette augmentation s'accroissant sans cesse on pratique il y a trois ans une ponction qui donne issue à cinq litres d'un liquide ambré.

Après cette ponction la tumeur triple de volume et arrive aux dimensions d'une tête de fœtus à terme.

Les douleurs dans la fosse iliaque gauche deviennent plus violentes avec exacerbation au moment des règles qui sont très abondantes et durent quinze jours en moyenne.

La malade entre à l'hôpital Broca au mois d'octobre 1896.

Le ventre est volumineux et contient du liquide ascitique en quantité notable.

Au palper, on sent à gauche une tumeur dure, irrégulière un peu bosselée, dépassant à peine la ligne ombilicale.

Cette tumeur est très mobile et se déplace facilement sur la ligne médiane.

Au toucher, on isole l'utérus de la masse qui déborde dans le cul-de-sac gauche.

Le doigt fait remonter la tumeur vers la cavité abdominale et la masse semble pédiculée du côté des annexes.

On porte le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire.

Laparotomie. — Le ventre ouvert donne issue à un liquide clair.

On décolle quelques adhérences épiploïques qui voilent la tumeur et on arrive sur une masse solide, presque sphérique, à pédicule long, mince, allant au ligament large gauche.

Ligature en chaîne.

Ablation.

OBSERVATION 12

(Spencer Wells. Diseases of the ovaries. Londres, 1872).
Tumeur fibreuse de l'ovaire compliquée de grossesse.

Il s'agit d'une femme de 29 ans, mariée, ayant eu un enfant.

Elle est maigre, bien portante et jusqu'à ces derniers temps a été bien réglée.

Depuis trois mois les règles ont cessé et depuis un an la malade a remarqué que son ventre augmentait de volume : de plus elle a ressenti des douleurs dans le côté droit.

A l'examen, l'abdomen est très tendu, le côté droit est douloureux à la pression : la fluctuation est nette.

A la percussion le son est clair en haut et change avec la position.

A la région lombaire, le son est mat quand la malade est sur le dos, et clair quand elle est sur le côté.

Au toucher, l'utérus est dans sa position normale, le col est mobile et mou.

L'urine est claire, acide, non albumineuse.

L'état général n'est pas mauvais.

Il y a un an quand la malade a remarqué l'augmentation de volume du ventre, elle l'a attribuée à une grossesse, mais elle fut détrompée par le retour de ses règles.

De plus au huitième mois, la tumeur n'était pas plus grosse qu'au troisième.

Dans le courant du mois dernier, l'augmentation de volume a été plus rapide, et bien qu'on ait découvert une grossesse au quatrième mois, la tension du ventre était telle lorsqu'elle fut reçue au Samaritain Hôpital, qu'il fut nécessaire de faire une ponction qui donna issue à plusieurs litres de liquide.

Après la ponction, on put sentir dans la région iliaque droite, une petite tumeur dure, mobile, que je supposai être la partie solide d'une tumeur multi-lobaire qui s'était rompue.

Le volume de l'utérus, le ramollissement du col et l'absence des règles rendaient la grossesse presque certaine.

L'ovariotomie est pratiquée le 16 mai.

Plusieurs litres de liquide jaune clair s'échappent à l'ouverture du péritoine.

L'utérus est volumineux.

A droite et au-dessus de lui, est une tumeur dure, séparée de la trompe droite par le ligament large.

Le cinquième jour après l'opération la plaie était refermée.

Le 27 mai, la malade après un travail rapide, accouche d'un enfant peu volumineux.

Par la suite, la santé devient excellente.

La tumeur était constituée par une masse presque solide de

tissu fibreux blanc, infiltré par places d'un liquide épais, transparent qui s'était collecté dans des aréoles distendues.

Mais vers la partie supérieure, il y avait une grande cavité irrégulière, divisée par des cloisons incomplètes, tapissée d'une membrane unie, et presque remplie par un caillot sanguin, en partie organisé.

Le pédicule est long d'un pouce et demi, formé par le péritoine, renfermant quelques vaisseaux et du tissu aréolaire.

La tumeur mesurait six pouces et demi dans son grand diamètre et trois pouces dans son petit.

OBSERVATION 13

(Mykertchianty. Ann. de gyn., 1897).
Sarcome de l'ovaire.

Il s'agit d'une femme âgée de 28 ans.

Quatre mois avant d'entrer à l'hôpital, elle s'est aperçue que son ventre augmentait de volume, et elle y sentait deux petites tumeurs.

Ensuite, un œdème est apparu à la jambe gauche, puis aux grandes lèvres.

A son entrée dans le service, on remarque que la malade a la glande parotide très tuméfiée ; elle a de l'œdème des téguments de la grande lèvre droite, du mont de Vénus et de l'abdomen.

L'articulation coxo-fémorale est enkylosée.

Il y a de l'ascite et la rate est augmentée de volume.

Au palper, on sent une tumeur solide, légèrement inégale, remontant au-dessus de l'ombilic.

Au toucher, on sent deux tumeurs ; une plus grande dans le cul-de-sac gauche, l'autre plus petite dans le cul-de-sac droit : toutes deux sont solides, peu mobiles, accolées en arrière l'une contre l'autre.

Laparotomie. — Le péritoine est sain et son ouverture laisse écouler un peu de liquide ascitique.

A gauche, on tombe sur une tumeur ovale de la grosseur d'une tête d'enfant, légèrement inégale, de couleur blanchâtre, et présentant des points sanguins, groupés dans certains endroits.

A la section, on trouve des foyers de la grandeur d'une cerise, à contenu colloïde.

Les points sanguins existent seulement à la périphérie.

A droite, la tumeur est comme un œuf d'oie, ovale, de même nature que celle de gauche, mais sans amas colloïde.

Au microscope, on reconnaît que l'on a affaire à deux sarcomes à cellules fusiformes.

OBSERVATION 14 (inédite).

Fibrome calcifié de l'ovaire gauche.
Extirpation par le vagin (Hôp. Beaujon, 1897. Service de M. Lejars).

Marie T..., ménagère de 35 ans, n'ayant pas d'antécédents héréditaires et n'ayant eu aucune maladie antérieure, entre à l'hôpital Beaujon, salle Huguier pour des pertes rouges, liquides, ne contenant pas de caillots.

Ces métrorrhagies ont débuté il y a un an et ne cessent pas depuis cette époque.

La malade n'a jamais eu d'enfants ni fait de fausses couches.

Elle a toujours été irrégulièrement réglée et ses règles ont toujours été abondantes et peu douloureuses.

Actuellement elle ne se plaint d'aucune douleur.

En examinant la malade, on sent un utérus gros et à gauche on se rend très bien compte de l'existence d'une petite masse arrondie, dure, paraissant faire corps avec l'utérus et semblant être un fibrome.

L'opération est pratiquée le 25 juillet 1897 par M. le Dr Lejars.

La malade est endormie à l'éther.

On ouvre largement le cul-de-sac postérieur et on draine aisément la tumeur et les annexes gauches.

Ligature du pédicule. Ablation.

On draine avec des lamelles iodoformées et on réunit au catgut le reste du cul-de-sac.

Quoiqu'ayant pris peu d'éther, la malade est très violacée et se réveille difficilement.

Dans la journée éclatent des accidents graves de dyspnée, d'arythmie et de ralentissement du cœur. A l'auscultation on entend des râles de bronchite généralisés.

Au bout de deux jours tout s'améliore.

La malade sort guérie le 30 août.

OBSERVATION 15 (inédite).

Fibrome de l'ovaire droit chez une femme enceinte (Hôp. Tenon, serv. de M. le Dr Lejars).

Mme G..., âgée de 40 ans, entre le 7 juin 1901 dans le service de M. le Dr Lejars.

Réglée à 14 ans, elle a toujours eu des règles régulières, abondantes, non douloureuses : les dernières datent du mois de janvier.

Elle a eu onze enfants venus à terme : ces accouchements ont tous été normaux ; le dernier remonte à deux ans.

La malade est enceinte de quatre mois : le début de la grossesse a été marqué par quelques vomissements.

L'an dernier au mois d'octobre la malade a eu des douleurs dans le côté gauche du ventre : depuis deux mois ces douleurs ont passé à droite et sont devenues beaucoup plus fortes depuis quinze jours.

Ces douleurs ressemblent à des tranchées, sont intermittentes quelquefois intolérables.

Depuis que ces douleurs ont pris un caractère plus aigu, c'est-à-dire depuis quinze jours, la malade a remarqué qu'elle portait dans le côté droit du ventre une tumeur sensible à la pression et grossissant rapidement.

A la suite d'une crise douloureuse très violente, la malade est transportée à la Maternité de l'hôpital Tenon et de là dans le service de M. le Dr Lejars. Son état général est bon : elle mange et digère bien et est seulement un peu constipée.

Pas de température.

L'examen physique fait reconnaître un utérus gravide remontant à l'ombilic.

A droite, dans le flanc et la partie inférieure de l'hypocondre, on sent une masse de la grosseur d'une tête d'enfant, dure, fixe, bosselée, extrêmement douloureuse, haut située et dont la nature annexielle ne paraît pas douteuse.

On pense à un kyste de l'ovaire à pédicule tordu ou à un fibrome avec torsion.

Le cœur et les poumons sont sains.

L'opération est pratiquée le 8 juin par M. Lejars. Après l'ouverture du péritoine on tombe sur un utérus gravide remontant jusqu'à l'ombilic. A droite est une tumeur haut située, noirâtre, bosselée, adhérente sur toute sa surface à l'épiploon.

On la décortique et l'on sectionne le ligament large en pinçant à mesure les vaisseaux.

On enlève la masse, on lie les vaisseaux et l'on reconstitue par un surjet le ligament large.

On résèque la partie inférieure de l'épiploon qui présente quelques petits noyaux néoplasiques.

On retrouve plusieurs noyaux de même aspect sur le péritoine pariétal.

Réunion de la paroi. Les suites de l'opération sont très bonnes.

La malade rentre à la Maternité le 20 juin.

OBSERVATION 16 (inédite).

Fibrome de l'ovaire droit (Hôp. Tenon, serv. de M. Lejars).

Marie C..., âgée de 31 ans, entre à l'hôpital Tenon au mois de mars 1902.

Elle n'a pas d'antécédents héréditaires.

Réglée à quinze ans, ses règles n'ont jamais été régulières, se produisant tantôt tous les mois, tantôt tous les quinze jours.

Elle n'a jamais eu d'enfant ni fait de fausses couches.

Ses dernières règles datent du 16 mars.

Le début de la maladie a commencé il y a sept ans.

La malade a d'abord souffert un peu dans le ventre et depuis trois ans elle perd pendant quinze à vingt jours par mois, du sang rouge, très abondant.

Actuellement, elle souffre légèrement dans le côté droit du ventre mais ces douleurs n'ont pas de caractère précis. La fosse iliaque correspondante n'est pas douloureuse.

La malade se plaint de troubles digestifs fréquents accompagnés de maux de tête.

Les urines ne contiennent rien d'anormal.

Comme traitement, elle a d'abord suivi un traitement ferrugineux, puis des injections d'ergotine et des injections vaginales très chaudes.

L'examen du ventre ne donne pas de renseignements. L'hymen est intact.

Au toucher, on sent dans le cul-de-sac gauche et en arrière une masse bosselée et dure, mobile, qui remonte sous le doigt et qui est manifestement latéro-utérine.

L'utérus est petit.

A gauche on ne sent rien.

On porte le diagnostic de fibrome ou de tumeur dermoïde de l'ovaire droit.

L'opération est pratiquée par M. le Dr Lejars le 24 mars.

Laparotomie. — On extrait une tumeur grosse comme les deux poings qu'on enlève par section directe du ligament large.

A gauche l'ovaire est tout petit, mais on ne trouve rien.

L'utérus est petit mais très mobile et tombe en arrière.

On fait une hystéropexie par quatre points de catgut.

Réunion du péritoine et de la paroi.

La malade sort guérie.

OBSERVATION 17

Fibro-sarcome pédiculé de l'ovaire droit (inédite).

Louise H..., âgée de 35 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe le 26 septembre 1893.

La malade n'a pas d'antécédents héréditaires et n'a jamais été sérieusement malade dans sá jeunesse.

Elle a toujours été bien réglée depuis l'âge de treize ans; il y a dix ans elle est devenue enceinte ; elle n'a jamais fait de fausses couches.

Au mois de novembre 1892, c'est-à-dire il y a onze mois elle a dû entrer à Lariboisière, où on l'aurait soignée pour une typhlite : mais depuis déjà huit mois c'est-à-dire il y a un peu moins de deux ans, elle avait constaté qu'elle portait une grosseur dans le côté droit du ventre : en même temps elle était devenue très constipée.

Elle entra dans le service de M. Peyrot où on fit le diagnostic de typhlite, et après quinze jours d'un traitement médical, la malade put rentrer chez elle. Mais elle souffrait encore dans l'aine, surtout pendant la marche.

Depuis cette époque elle a d'ailleurs continué à souffrir du ventre et toujours avec une recrudescence marquée au moment des règles ; celles-ci revenaient régulièrement, mais toujours peu abondantes.

Les douleurs avaient leur siège maximum dans les reins et dans la cuisse droite.

Il y a deux mois, l'état douloureux s'est aggravé et la malade aurait eu à ce moment là des crises subites, durant quelquefois

deux heures ; depuis cette époque la grosseur du ventre a augmenté.

Les souffrances sont devenues plus vives depuis dix jours et la malade s'est décidée à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Actuellement les douleurs du ventre semblent assez violentes ; la malade debout se tient courbée et marche avec beaucoup de peine.

Elle a beaucoup maigri, mais n'a pas de fièvre.

On ne sent rien dans la région cœcale, mais plus en dedans derrière la branche horizontale du pubis, on découvre une tumeur dure, assez irrégulière de surface, difficile du reste à délimiter par suite de la tension du ventre.

Au toucher vaginal on trouve dans le cul-de-sac droit, et en arrière une masse qui paraît arrondie, dure, que la double exploration montre correspondre à ce que l'on sent par l'hypogastre ; elle ne semble pas mobile et paraît douloureuse.

On élimine toute idée de collection péri-typhilitique et le diagnostic le plus probable paraît être celui de salpingite droite.

La malade n'avoue que des antécédents utérins vagues ; elle perd du sang depuis trois semaines.

Opération le 30 septembre. — Le ventre ouvert on trouve l'utérus rejeté à gauche : à sa droite est une tumeur dure, très mobile, légèrement adhérente en arrière ; le doigt dissocie très aisément ces adhérences et la tumeur est amenée sans peine à l'extérieur ; elle s'énuclée et semble tenir encore par un étroit pédicule en bas, mais ce dernier se rompt sans saigner.

Nettoyage aux éponges. Suture de la paroi.

L'opération a duré en tout une trentaine de minutes.

On enlève les fils le 7 octobre.

Le 8 octobre les règles apparaissent et des douleurs assez

vives surviennent dans le bas-ventre et dans la cuisse droite. On ne note rien de particulier à la pression de l'abdomen qui est peu douloureuse.

Le 13 les règles ne sont pas encore arrêtées, les douleurs ont continué et de plus la miction est devenue difficile ; on est obligé de sonder la malade.

Depuis, elle ne cesse de souffrir dans le ventre, surtout à droite ; les selles se font difficilement et avec douleur. Elle n'a pas de fièvre.

A plusieurs reprises, elle a eu de légères hémorrhagies par le vagin.

Au toucher, on sent le col bas, l'utérus immobile ; le cul-de-sac postérieur est distendu par une masse très dure, lisse, qu'on sent par le rectum ; cette masse n'a aucune tendance à la fluctuation : il s'agit probablement d'un utérus fibromateux comprimant la vessie et le rectum.

OBSERVATION 18

(Monod. Soc. de chir., 1889).
Fibro-sarcome de l'ovaire gauche.

Femme de 50 ans, ayant depuis plus d'un an de l'ascite pour laquelle elle a subi cinq ponctions donnant chacune vingt litres de liquide.

Après ouverture du ventre, on trouve l'ovaire gauche transformé en une tumeur du volume d'un melon de moyenne taille, mobile, reliée au ligament large par un pédicule mince.

A la coupe, la tumeur est d'une dureté fibreuse, blanche

comme un fibrome avec une grande vascularisation disséminée dans la masse.

Sa surface externe est grossièrement lobulée.

OBSERVATION 19

(Picqué, in th. Dubois).
Fibro-sarcome de l'ovaire droit.

Il s'agit d'une femme âgée de 32 ans, ayant fait deux fausses couches à 27 et à 30 ans.

Elle a toujours été mal réglée et a toujours eu une leucorrhée abondante.

Depuis sa dernière fausse couche, elle se plaint de douleurs abdominales très vives; elle a en outre, des métrorrhagies abondantes et douloureuses.

La malade entre à l'hôpital avec le diagnostic de fibrome utérin.

A son arrivée, outre les métrorrhagies elle se plaint de douleurs de compression; douleurs lombaires avec irradiations dans les cuisses, surtout à droite, troubles rectaux, constipation; pas de troubles vésicaux.

Depuis un an la malade a notablement maigri.

Au palper on sent à droite une tumeur irrégulière, immobile en apparence.

Cette tumeur occupe le côté droit du pelvis, déborde dans la fosse iliaque et empiète en dedans sur la ligne médiane.

On note une petite quantité d'ascite.

Au toucher on sent une masse sphérique dans le cul-de-sac droit, accolée à l'utérus qui est dévié à gauche.

On trouve un sillon séparant la masse néoplasique du globe utérin et par le palper et le toucher combinés on arrive à faire remonter la tumeur dans la fosse iliaque, l'utérus restant immobile.

La cavité utérine mesurée à l'hystéromètre est de huit centimètres, ce qui éloigne l'idée d'un fibrome.

Laparotomie. — Après l'évacuation d'un liquide peu abondant on tombe sur une tumeur solide de l'ovaire pesant 4 kil. 800 grammes, très largement pédiculée mais avec un pédicule court.

Pas d'adhérences viscérales ou épiploïques.

Double ligature en chaîne, drainage, guérison.

L'examen histologique montre que l'on a affaire à un fibrosarcome avec très peu de faisceaux fibreux, au milieu d'un tissu embryonnaire abondant.

OBSERVATION 20

(Pinard, in th. Dubois).
Sarcome de l'ovaire droit. Opération de Porro.

Femme de 24 ans, ayant une première couche, il y a cinq ans, à terme d'un enfant mort se présentant par le siège.

A son entrée (16 janvier 1891) la malade croit qu'elle est enceinte : ses dernières règles ont eu lieu le 27 septembre.

Le diagnostic est rendu difficile par le développement du ventre, l'anasarque, l'ascite et une hernie ombilicale.

L'urine contient de l'albumine.

Quelques jours après, M. Pinard formule :

Grossesse avec hydropisie amniotique et tumeur juxta-utérine assez volumineuse pour gêner l'accouchement.

Cette tumeur, dure, volumineuse, occupe le cul-de-sac droit et ne peut être refoulée au-dessus du détroit supérieur.

La température est normale.

Cette femme entre en travail le 18 juin.

M. Pinard pratique l'opération de Porro et enlève l'utérus et un sarcome de l'ovaire pesant 883 grammes.

L'enfant pèse 3 kil. 370 grammes à sa naissance.

La malade sort guérie.

OBSERVATION 21

(D. T. Nelson, Soc. gyn. Chicago).
Fibro-sarcome ovarique, torsion du pédicule enlevé dans une autopsie.

Une femme de 39 ans, a eu 9 enfants, le dernier il y a sept ans.

Elle reste alors quatre ans sans être réglée, mais dans les trois dernières années elle a eu plusieurs hémorrhagies.

Il y a un an elle a eu un écoulement liquide par l'anus.

Elle semble avoir souffert de quelque inflammation péri-ovarienne droite, puis elle perdit du sang par le rectum et parut soulagée.

Il y a trois mois son ventre a commencé à grossir.

A son entrée à l'hôpital elle a une température de 38° et le pouls bat à 132 pulsations par minute.

Deux jours après le pouls et la température ont un peu baissé.

On eût pu l'opérer mais on attendit un moment plus favorable qui ne vint pas.

Autopsie. — On trouve tumeur peu adhérente à la paroi

abdominale qui présente à ce niveau de la congestion veineuse.

Le pédicule n'était pas assez tordu pour que la tumeur soit nécrosée.

L'utérus est un peu congestionné.

OBSERVATION 22

(Potherat, in th. Jouin).
Fibrome de l'ovaire gauche.

Femme de 40 ans, entrée le 17 mai dans le service de M. Potherat, sortie le 24 juin.

Elle se présente avec une volumineuse tumeur abdominale.

Au palper on sent une tumeur dure, bosselée, mobile qui au toucher offre tous les caractères d'un fibrome utérin.

Laparotomie. — A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un peu de liquide ascitique.

On arrive sur la tumeur qu'on trouve nettement séparée et indépendante de l'utérus.

Le pédicule très large de cette tumeur est lié par plusieurs fils enchevêtrés, puis on fait l'ablation de la masse fibreuse.

On touche au thermo-cautère la section du pédicule. Suture de la paroi.

A l'examen, on reconnaît avoir affaire à un fibrome de l'ovaire gauche ayant conservé ses caractères primitifs.

La section de la masse fibreuse offrait dans l'intérieur plusieurs points à tendance sarcomateuse.

L'examen de l'utérus et de l'ovaire droit, avait montré au cours de l'opération, qu'ils étaient sains.

OBSERVATION 23

(Picqué, in th. Bourgoin).
Fibrome de l'ovaire.

Femme de 37 ans, entrée à Lariboisière dans le service de M. Perrier le 25 septembre 1890.

Elle a toujours joui d'une bonne santé.

Il y a cinq ans son ventre a commencé à augmenter de volume, sans altérations de la santé générale : les règles persistent.

Un an après le début, la malade ressentit dans les reins quelques douleurs qui durèrent peu et ne reparurent plus. Depuis, l'évolution de la tumeur est restée indolente.

Il y a deux ans, la ménopause est survenue brusquement sans incidents.

Depuis un an la tumeur a pris un développement rapide, mais la santé générale est restée excellente.

A son entrée à l'hôpital on trouve la malade dans la situation suivante :

Au point de vue général rien de spécial à noter, ni amaigrissement ni troubles dyspeptiques ; le ventre est volumineux et paraît surtout développé à droite.

Au palper on trouve à droite une grosse tumeur du volume d'une tête d'adulte, très dure, irrégulière, bosselée. C'est une tumeur surtout abdominale très mobile dans tous les sens, non sensible par les culs-de-sac et semblant n'avoir avec l'utérus aucun rapport de contiguité.

Pas de troubles fonctionnels.

La tumeur ayant très nettement augmenté de volume et gênant la malade par son poids, on pratique *la laparotomie* le 30 septembre.

On découvre une tumeur abdominale, mobile, qui tient à la corne utérine par un pédicule mince dont l'extirpation fut d'une grande facilité.

L'ovaire de ce côté n'est pas retrouvé et l'on pense à une tumeur fibreuse de l'ovaire.

Son poids est de 4 kil. 800 grammes.

A la coupe la tumeur présente un aspect blanc nacré ; il n'existe aucun kyste.

La malade est revue en février 1894. Sa guérison s'est maintenue.

OBSERVATION 24

(In th. de Ladouce 1890).
Sarcome de l'ovaire droit avec généralisation.

Femme de 29 ans ayant eu un accouchement onze mois auparavant.

Depuis cette époque elle a constaté l'apparition et l'accroissement rapide d'une tumeur dans le ventre : celui-ci mesure à l'ombilic 94 centimètres.

Au palper et au toucher on sent une tumeur dure, convexe, mobile, occupant la fosse iliaque droite et l'hypogastre.

L'utérus est mobile ; on ne sent pas de fluctuation.

L'état général est mauvais : fièvre hectique, constipation opiniâtre.

Mort un mois plus tard.

Autopsie. — Sarcome de l'ovaire droit ayant 47 centimètres de circonférence et 17 centimètres de diamètre. Enveloppe fibreuse résistante, tissu ferme à la périphérie, ramolli au centre.

Généralisation au foie, aux poumons et aux ganglions.

OBSERVATION 25

(Zembicki. Soc. anatom. 1874).
Fibro-sarcome de l'ovaire droit.

Femme âgée de 22 ans, nullipare, n'ayant pas d'antécédents héréditaires.

La malade a commencé à souffrir il y a deux ans de névralgies et de l'œdème envahit les membres inférieurs.

Actuellement le ventre est considérablement développé et des veines très apparentes en sillonnent les parois. L'ascite est abondante.

La malade est très constipée et a maigri sensiblement.

Pas de vomissements.

On fait une ponction qui donne 12 litres d'un liquide citrin ; l'œdème pelvien diminue, les grandes lèvres se dégonflent et on peut faire un examen sérieux.

Au palper on sent une tumeur dure, irrégulière, bosselée, volumineuse, occupant l'hypogastre.

Cette tumeur semble plonger dans la cavité pelvienne et on la déplace facilement dans le sens transversal.

Au toucher on constate alors le déplacement simultané du col. Les mouvements communiqués à la tumeur de haut en bas se transmettent également au col utérin.

La tumeur et l'utérus semblent être en rapports intimes.

L'état de la malade ne permet pas de faire une exploration avec l'hystéromètre.

On pratique une deuxième paracentèse mais la maladie marche rapidement. La cachexie arrive et après huit jours de souffrances, la malade tombe dans le marasme et meurt.

Autopsie. — On trouve une tumeur solide développée aux dépens de l'ovaire droit.

L'examen microscopique pratiqué par M. Malassez montre qu'il s'agit d'un fibro sarcome de l'ovaire avec prédominance de l'élément fibreux.

OBSERVATION 26

(Cents. f. gyn. 1894, Pick).
Sarcomes de l'ovaire.

Pick rapporte deux observations de sarcome de l'ovaire chez deux jeunes filles de 16 et 18 ans.

La deuxième présentait des troubles de la vue qui avaient fait supposer une métastase oculaire; mais ces troubles disparurent après l'opération.

Toutes deux furent opérées et guérirent.

L'auteur a réuni 23 cas semblables et il conclut :

1° Le pronostic des sarcomes de l'ovaire, quelle que soit la structure de l'ovaire, est grave quand les deux côtés sont atteints, beaucoup plus favorable quand un seul côté est malade.

2° Le sarcome à cellules rondes est le plus souvent double et malin : quand il est unilatéral il est moins grave et cependant il n'a jamais la bénignité du sarcome à cellules fusiformes unilatéral.

3° Quand le sarcome de l'ovaire se développe dans le jeune âge il affecte surtout la forme à cellules rondes.

CONCLUSIONS

De cette étude nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Les tumeurs solides de l'ovaire ne sont pas rares.

2° Ce sont surtout des sarcomes, des fibromes et fibro-myomes.

Les épithéliomas sont rares.

3° Ces tumeurs se voient en général chez des femmes relativement jeunes.

4° La grossesse ne semble pas être contrariée par la présence de ces tumeurs, mais elle accélère leur marche et leur évolution.

5° Leur situation est généralement transversale et abdominale.

6° Les adhérences sont surtout épiploïques, mais peuvent être beaucoup plus étendues.

7° Le pronostic est très sombre : l'évolution de ces tumeurs aboutissant fatalement à la cachexie et à la mort.

8° Le seul traitement possible est l'ablation, par la voie abdominale.

9° La récidive est presque fatale dans les cas d'épithéliomas.

Vu : le Président de thèse,
TILLAUX

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

Impr. de la Faculté de médecine H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.